

(申込年月日) 年 月 日

株式会社 全福サービス 行

## 高齢者活躍人材育成事業 団体保険加入申込書

標記保険に加入を申込みます。

連合本部名			
代 表 者	(印)		
所 在 地	〒	電 話	( )
		F A X	( )
補償開始年月日	傷害保険 : 平成29年4月1日から平成30年3月31日午後12時まで 賠償責任保険 : 平成29年4月1日から平成30年4月1日午後4時まで		
1日1名当たりの保険料 (A)	35円	年間参加予想延べ人日 (B)	人日
暫定保険料 = (A) × (B)	円		

## &lt;加入申込書送付先&gt;

株式会社 全福サービス

〒101-0041

東京都千代田区神田須田町1-4-8 NCO神田須田町 5階

電 話 03-3252-2012

F A X 03-3258-8878